



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
EXTENSIÓN RESIDENCIAS MÉDICAS
DECLARACIÓN JURADA

2025

Fecha

1er. APELLIDO:

2do. APELLIDO:

1er. NOMBRE:

2do. NOMBRE:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD N.º

PAIS

CREDENCIAL CIVICA (SERIE Y Nº)

CIUDADANÍA: ☐ NATURAL

☐ LEGAL

FECHA DE LA CARTA DE CIUDADANÍA:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

CELULAR:

E-MAIL:

REGISTRO TITULO MSP:

REGISTRO DE TÍTULO: Folio

Nro.

(Poner N° de CI o N° de Registro)

(SELLO AL DORSO DEL TITULO, ARRIBA A LA IZQUIERDA)

ME INSCRIBO AL CONCURSO DE:

☐ CTI PEDIÁTRICO

☐ EMERGENCIA PEDIÁTRICA

☐ NEUROPEDIATRÍA

EN CARÁCTER DE:

☐ EXTENSIÓN DE RESIDENCIA

☐ POSGRADO

☐ EXTRANJEROS

FIRMA: _____

ACLARACIÓN: _____